

平安 e 生保（惠享版）长期医疗保险（费率可调）

产品说明书

在本说明书中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指中国平安人寿保险股份有限公司，“合同”指平安 e 生保（惠享版）长期医疗保险（费率可调）合同，“条款”指平安 e 生保（惠享版）长期医疗保险（费率可调）条款。

重要提示：本产品是费率可调的长期医疗保险产品，在保险期间或保证续保期内费率可能调整。

产品特色

- **20 年长期保障不中断，续保更省心**
保证续保期内生病理赔、产品停售仍可续保
- **医疗保障覆盖广，就医不费心**
包含住院医疗、住院前中后门诊、指定门诊等费用保险金
- **保险给付限额高，治疗更安心**
保险期间内一般医疗及重大疾病医疗保险金给付限额各 200 万，保证续保期间内保险金总给付限额 800 万

主要保单利益

保险责任

在合同保险期间内，我们承担如下保险责任：

等待期

被保险人在合同生效之日起（含生效当日）90 日内经医院确诊发生疾病，因该疾病而导致住院治疗、指定门诊治疗或住院前后的门急诊治疗的，无论上述治疗时间与合同生效之日

是否间隔超过 90 日，我们都不承担给付保险金的责任。

被保险人在合同生效之日起（含生效当日）90 日内经医院确诊合同“7. 重大疾病”所定义的“重大疾病”，我们不承担给付保险金的责任，向您返还所交保险费，合同终止。上述 90 日的时间为等待期。

以下四种情形，无等待期：

1. 被保险人因意外伤害发生上述情形的；
2. 您在保证续保期间内续保本产品的；
3. 您在不迟于上一保证续保期间届满后 60 日重新投保本产品且经我们审核同意的；
4. 您已投保指定的产品，并在我们指定的期限内首次投保本产品且经我们审核同意的。

● 一般医疗保险金

被保险人因疾病或意外伤害在医院接受治疗的，我们依照下列约定给付一般医疗保险金。一般医疗保险金包含住院医疗费用、指定门诊医疗费用、住院前后门诊急诊医疗费用三项。

1. 住院医疗费用

被保险人因疾病或意外伤害经医院诊断必须住院治疗的，对于住院期间发生的合理且必要的住院医疗费用，我们按照合同约定的保险金计算方法计算并在一般医疗保险金的给付限额内（见平安e生保（惠享版）长期医疗保险（费率可调）计划表）给付。

对合同保险期间届满前发生的且延续至合同保险期间届满后 30 日内的合理且必要的住院医疗费用，我们按合同约定的保险金计算方法计算并给付一般医疗保险金。

合同约定的“住院医疗费用”包含如下内容：

（1）床位费

指住院期间实际发生的、不高于单人病房的住院床位费（不包括套房、家庭病床）。

（2）加床费

指未满 18 周岁的被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定给付其合法监护人（限一人）在医院留宿发生的加床费；或女性被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定给付其 1 周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。

（3）重症监护室床位费

指住院期间出于医学必要被保险人需在重症监护病房进行合理且必要的医疗而产生的床位费。

(4) 护理费

指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

(5) 膳食费

指住院期间根据医生的医嘱，由作为医院内部专属部门的、为住院病人配餐的食堂配送的膳食费用。膳食费应包含在医疗账单内；根据各医疗机构的惯例，可以作为医院独立的款项、也可以合并并在病房费等其他款项内。

(6) 检查检验费

指住院期间实际发生的，以诊断为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的合理的医疗费用，包括X光费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

(7) 治疗费

指住院期间以治疗为目的，提供必要的医学手段而发生的合理的治疗者的技术劳务费以及消耗品的费用，具体以就诊医院的费用项目划分为准。

本项责任不包含如下费用：物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费用。

(8) 药品费和医疗器械使用费

药品费指住院期间实际发生的合理且必要的由医生开具的一般药品和医疗器械保障目录范围内的药品费用。药品费中不包含中草药费用。

医疗器械使用费指以治疗为目的，提供必要的医学手段而购买、租用和使用在一般药品和医疗器械保障目录范围内的医疗器械发生的费用。

(9) 医生费

指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。

(10) 手术费

指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括麻醉费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费；若因器官移植而发生的手术费用，不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用。

(11) 转诊救护车使用费

指住院期间以抢救生命或治疗为目的，根据医生建议，被保险人需医院转诊过程中的医院用车费用，救护车的使用仅限于同一地级市或直辖市中的医疗运送。

(12) 住院期间门诊费用

指住院期间因与该次住院相同原因而产生的门诊费用，包括医生诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费和医疗器械使用费。

医生诊疗费指主诊医生或会诊医生的劳务费用，包括挂号费；检查检验费、治疗费、药

品费和医疗器械使用费同以上第（6）（7）（8）项约定。

2. 指定门诊医疗费用

被保险人因疾病或意外伤害在医院进行如下治疗发生的合理且必要的医疗费用，我们按照合同约定的保险金计算方法计算并在一般医疗保险金的给付限额内（见平安e生保（惠享版）长期医疗保险（费率可调）计划表）给付。

（1）门诊肾透析费；

（2）门诊恶性肿瘤治疗费，包括肿瘤化学疗法、肿瘤放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法的治疗费用；

（3）器官移植后的门诊抗排异治疗费；

（4）门诊手术费。

3. 住院前后门诊急诊费用

被保险人在住院前 30 日内或出院后 30 日内（含住院和出院当日），因与该次住院治疗相同原因而发生的合理且必要的门诊急诊费用（不包括上述第 2 项“2. 指定门诊医疗费用”中的治疗项目），我们按照合同约定的保险金计算方法计算并在一般医疗保险金的给付限额内（见平安e生保（惠享版）长期医疗保险（费率可调）计划表）给付。

合同约定的“住院前后门诊急诊费用”包含如下内容：

（1）医生诊疗费：指被保险人门急诊期间发生的主诊医生或会诊医生的劳务费用，包括挂号费。

（2）治疗费：指门急诊期间发生的以治疗为目的，提供必要的医学手段而发生的合理的治疗者的技术劳务费以及消耗品的费用，具体以就诊医院的费用项目划分为准。

本项责任不包含如下费用：物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费用。

（3）检查检验费：指门急诊期间发生的以诊断为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的合理的医疗费用，包括X光费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

（4）药品费和医疗器械使用费：药品费指门急诊期间发生的合理且必要的由医生开具的一般药品和医疗器械保障目录范围内的药品费用。药品费中不包含中草药费用。

医疗器械使用费指以治疗为目的，提供必要的医学手段而购买、租用和使用在一般药品和医疗器械保障目录范围内的医疗器械发生的费用。

（5）救护车使用费：指为抢救生命由急救中心派出的救护车运送被保险人至医院的费用，救护车的使用仅限于同一地级市或直辖市中的医疗运送。

● 重大疾病医疗保险金

被保险人经医院确诊初次发生合同“重大疾病释义”所定义的“重大疾病”，并在医院接受治疗的，我们首先按照前款约定给付一般医疗保险金，当我们累计给付金额达到一般医疗保险金的年度保险金给付限额后，我们依照下列约定在该项保险金的给付限额（见平安e生保（惠享版）长期医疗保险（费率可调）计划表）内给付重大疾病医疗保险金。

重大疾病医疗保险金包含重大疾病住院医疗费用、重大疾病指定门诊医疗费用和重大疾病住院前后门诊急诊医疗费用三项。

1. 重大疾病住院医疗费用

被保险人因发生重大疾病经医院诊断必须住院治疗的，对于住院期间发生的合理且必要的重大疾病住院医疗费用，我们按照合同约定的保险金计算方法计算并给付重大疾病医疗保险金。

对合同保险期间届满前发生的且延续至合同保险期间届满后 30 日内的合理且必要的重大疾病住院医疗费用，我们按照合同约定的保险金计算方法计算并给付重大疾病医疗保险金。

合同约定的“重大疾病住院医疗费用”包含内容同“一般医疗保险金”中的“住院医疗费用”。

2. 重大疾病指定门诊医疗费用

被保险人因发生重大疾病在医院进行如下治疗发生的合理且必要的医疗费用：

（1）门诊肾透析费；

（2）门诊恶性肿瘤治疗费，包括肿瘤化学疗法、肿瘤放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法的治疗费用；

（3）器官移植后的门诊抗排异治疗费；

（4）门诊手术费。

对于因上述治疗发生的合理且必要的门诊医疗费用，我们按照合同约定的保险金计算方法计算并给付重大疾病医疗保险金。

3. 重大疾病住院前后门诊急诊费用

被保险人因重大疾病住院前 30 日内或出院后 30 日内，因为重大疾病而发生的合理且必要的门诊急诊费用（不包括上述第 2 项“重大疾病指定门诊医疗费用”中的治疗项目），我们按照合同约定的保险金计算方法计算并给付重大疾病医疗保险金。

合同约定的“重大疾病住院前后门诊急诊费用”包含内容同“一般医疗保险金”中的“住院前后门诊急诊费用”。

保险金计算方法

我们按照如下公式计算每次就诊应当给付金额：

$$\text{一次就诊应当给付的金额} = (\text{被保险人发生的医疗费用的有效金额} - \text{年免赔额余额}) \times \text{给付比例}$$

说明：

(1) **一次就诊**指一次住院或一次门诊（包括指定门诊或住院前后的门急诊）。

一次住院指被保险人因疾病或意外伤害住院治疗，自入院日起至出院日止之期间；但如果因同一原因再次住院，且前次出院与下次住院间隔未超过 30 日，视为同一次住院。

一次门诊指被保险人在一日内（零时起至二十四时止）在同一所医院同一个科室的就诊。

(2) **被保险人发生的医疗费用的有效金额** = 被保险人每次就诊发生的合理且必要的属于保险责任范围内的医疗费用 - 被保险人从基本医疗保险、城乡居民大病保险或公费医疗获得的费用补偿

多次就诊被保险人累计发生的医疗费用的有效金额等于单次就诊被保险人发生的医疗费用的有效金额相加。

(3) **年免赔额**指一个保险期间内对应的免赔额（见平安 e 生保（惠享版）长期医疗保险（费率可调）计划表），被保险人从工作单位、商业保险等其他途径报销部分以及个人自行承担的部分，均可以计入免赔额，但计入金额不超过年免赔额余额。从基本医疗保险、城乡居民大病保险或公费医疗报销部分，不能计入免赔额。

年免赔额余额指一个保险期间内免赔额经前次理赔中“被保险人发生的医疗费用的有效金额”抵扣过后剩余的金额。举例来说，假设年免赔额为 10000 元，如未就诊过，则年免赔额余额为 10000 元；如第一次就诊累计的“被保险人发生的医疗费用的有效金额”为 8000 元，则针对本次就诊理赔后年免赔额余额为 2000 元，本次给付为 0 元；如第二次就诊累计的“被保险人发生的医疗费用的有效金额”为 6000 元，则针对本次就诊理赔后年免赔额余额为 0 元，本次给付为 4000 元。

年免赔额下调：首次投保情况下，合同的年免赔额为 10000 元，保险期间届满续保时如被保险人上一保险期间内未发生过合同理赔，则下一保险期间保险合同年免赔额下调 1000 元，即免赔额 9000 元。后续保险期间以此类推。如保险合同年免赔额已下调至 5000 元，则不再

继续下调。如某一保险期间届满续保时被保险人已发生过合同理赔，则下一保险期间保险合同年免赔额将恢复为 10000 元，且保证续保期间内不再调整。

保险事故发生后，您、被保险人或受益人未及时通知我们，导致我们在不知情的状况下降低自该次保险事故发生之日起后续保险期间内的年免赔额的，我们有权取消自该次保险事故发生之日起后续保险期间内的年免赔额的下调。

(4) 当被保险人某次就诊发生的医疗费用的有效金额 > 年免赔额余额时，本次给付金额 > 0 元；

当被保险人某次就诊发生的医疗费用的有效金额 ≤ 年免赔额余额时，本次给付金额=0 元。

(5) **给付比例：**一般医疗保险金、重大疾病医疗保险金的给付比例为 100%；若您按被保险人拥有基本医疗保险或公费医疗的情况进行投保，但申请理赔时未从上述途径获得医疗费用补偿的，则上述保险金的给付比例为 60%。

补偿原则

若被保险人已从其他途径（包括基本医疗保险、城乡居民大病保险、公费医疗、工作单位、第三方侵权责任人（包括法人）或本公司在内的任何商业保险机构等）取得补偿的，对于被保险人发生的保险责任范围内的费用支出，我们在扣除被保险人已从其他途径获得的补偿后，对于剩余部分在该项保险金给付限额内按约定给付。

保险金给付限额

① 保险期间内给付限额：

在合同保险期间内，对于上述各项保险责任，被保险人不论一次或多次进行治疗，我们均按上述约定给付保险金。但各项保险金的累计给付金额以附录 2《平安 e 生保（惠享版）长期医疗保险（费率可调）计划表》中约定的各项保险责任对应的给付限额为限，各项保险金的累计给付金额达到其对应的限额时，该保险期间内的该项保险责任终止。

② 保证续保期间内总给付限额：

在合同保证续保期间内，我们给付的所有保险金之和以保证续保期间内总给付限额为限（见平安 e 生保（惠享版）长期医疗保险（费率可调）计划表）。当我们在保证续保期间内累计给付的保险金之和达到保证续保期间内总给付限额时，合同所有责任均终止。届时：

1) 若合同未附加其他附加险合同，则合同终止；

2) 若合同附加了其他附加险合同，则满足以下全部条件时合同终止：

A. 保险期间超过1年（不含）的附加险合同效力均终止；

B. 保险期间不超过1年（含）的附加险合同效力均终止且未在保险期间届满60日内完成重新投保或续保。

合同保险期间内各项保险金适用的医疗机构及药店范围、给付限额、给付比例、免赔额详见下表：

平安e生保（惠享版）长期医疗保险（费率可调）计划表	
单位：人民币元	
保障区域	中国内地
保险金医院范围	二级及以上基本医疗保险定点医院普通部 (不含医院特需部、国际部等，医院不含昂贵医院等)
保证续保期间内保险金总给付限额	800万元
保险期间内一般 医疗保险金给付 限额	住院医疗费用
	指定门诊医疗费用
	住院前后门诊急诊费用
保险期间内重大 疾病医疗保险金 给付限额	重大疾病住院医疗费用
	重大疾病指定门诊医疗费用
	重大疾病住院前后门诊急诊费用
保险期间内保险金给付比例	100% (如您按拥有基本医疗保险或公费医疗的情况投保,但申请理赔时 未从基本医疗保险或公费医疗获得医疗费用补偿,则给付比例为 60%)
保险期间内保险金免赔额	第一个保险期间内1万元 (其余保险期间的免赔额金额将根据条款中具体情况进行下调)

责任免除

因下列情形之一造成被保险人医疗费用支出或导致被保险人初次发生“重大疾病”的，我们不承担给付保险金的责任：

1. 被保险人所患既往症及保险单中特别约定的除外疾病引起的医疗费用；
2. 遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常引起的医疗费用；
3. 疗养、视力矫正手术、各种健康体检项目及预防性医疗项目、牙科保健、牙科治疗、康复治疗、非意外伤害所致整容手术；

4. 如下项目的治疗：皮肤色素沉着、痤疮治疗、红斑痤疮治疗；雀斑、老年斑、痣的治疗和去除；对蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕、纹身去除、皮肤变色、上肢肘关节远端及面部静脉曲张的治疗或手术；激光美容、除皱、除眼袋、开双眼皮、治疗斑秃、白发、秃发、脱发、植毛、脱毛、隆鼻、隆胸、除腋臭；

5. 各种矫形及生理缺陷的手术和检查治疗项目，包括但不限于平足及各种非功能性整容、矫形手术费用；

6. 各种健美治疗项目，包括但不限于营养、减肥、增胖、增高费用；

7. 不孕不育治疗、人工受精、怀孕、分娩（含难产）、流产、堕胎、节育（含绝育）、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症；

8. 包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；

9. 除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节之外的其他人工器官的购买、安装和置换等费用以及所有有源植入器械的购买、安装和置换等费用；

10. 各种矫治和防护器械、各种康复治疗器械、假体、义肢、轮椅、自用的按摩保健和治疗用品等所有非一次性使用医疗器械和非处方医疗器械的购买、租赁和置换费用；

11. 耐用医疗设备（指各种康复设备、矫形支具以及其他耐用医疗设备）的购买或租赁费用；

12. 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病期间因疾病导致的；

13. 非医院药房购买的药品；未经医生处方自行购买的药品；滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂；

14. 精神和行为障碍（依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）确定）治疗、各种医疗咨询和健康预测：如健康咨询、睡眠咨询、性咨询、心理咨询（精神和行为障碍以外的一般心理问题，如职场问题、家庭问题、婚恋问题、个人发展、情绪管理等）等费用；

15. 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

16. 被保险人故意自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；

17. 被保险人服用、吸食或注射毒品；

18. 被保险人从事潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险、摔跤、武术比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险运动；

19. 被保险人酒后驾驶机动车；

20. 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；

21. 不符合入院标准、挂床住院或住院病人应当出院而拒不出院（从医院确定出院之日起发生的一切医疗费用）；

22. 被保险人接受实验性治疗，即未经科学或医学认可的医疗；

23. 未被治疗所在地权威部门批准的治疗，未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物；

24. 各类医疗鉴定，包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定费用；

25. 所有基因疗法、细胞免疫疗法及肿瘤放射疗法中的质子束放疗、重离子束放疗和中子束放疗造成的医疗费用。

● 其他免责条款

除“2.1 责任免除”外，合同中还有一些免除保险人责任的条款，详见平安e生保（惠享版）长期医疗保险条款中背景突出显示的内容：“1.2 保障区域”、“1.6 保险责任”、“5.2 保险事故通知”、“6.1 犹豫期”、“7. 重大疾病释义”、“8.3 年龄错误的处理”、“脚注 2 医院”、“脚注 3 住院”“脚注 11 肿瘤放射疗法”、“脚注 12 肿瘤免疫疗法”、“脚注 39 组织病理学检查”、“脚注 48 六项基本日常生活活动”及附录。

保险事故通知

您、被保险人或受益人知道保险事故发生后应当在 10 日内通知我们。

如果您、被保险人或受益人故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，我们对无法确定的部分不承担保险责任，但我们通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生或者虽未及时通知但不影响我们确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。

年龄错误的处理

您在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期在投保单上填明，如果发生错误按照下列方式办理：

1. 您申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合合同约定投保年龄限制的，我们有权解除合同，并向您退还合同的现金价值。对于合同解除前发生的保险事故，我们不承担保险责任；

2. 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费少于应付保险费的，我们有权更正并要求您补交保险费。如果已经发生保险事故，在给付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例给付；

3. 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费多于应付保险费的，我们向您退还多收的保险费。

犹豫期及合同解除（退保）

● 犹豫期

自您签收合同之日起，有 20 日的犹豫期。

● 退保金及合同解除（退保）风险

合同成立后，您可以解除合同。解除合同时，您需要填写解除合同通知书，并向我们提供您的保险合同及有效身份证件。自我们收到解除合同通知书时起，合同即被解除。

您在犹豫期内解除合同的，我们将退还您所支付的全部保险费，**合同解除前发生的保险事故我们不承担保险责任。**

您在犹豫期后解除合同的，我们自收到解除合同通知书之日起 30 日内向您退还合同的现金价值。

现金价值的计算分两种情况：

(1) 首次投保或在上一保险期间届满 60 日后重新投保本产品的：

如果保险经过天数 ≤ 90 天，现金价值=保险费 × (1-35%)；

如果保险经过天数 > 90 天，现金价值=保险费 × (1-35%) × [1 - (保险经过天数-90) / (保险期间的天数-90)]，经过天数不足 1 天的按 1 天计算。

(2) 续保或保证续保期间届满后 60 日内重新投保、已投保指定的产品并在指定期限内首次投保本产品的：

现金价值=保险费 × (1-35%) × (1 - 保险经过天数 / 保险期间的天数)，经过天数不足 1 天的按 1 天计算。

考虑到保单平均承担的本公司经营支出，保险责任对应的成本以及客户提前终止保单对本公司的影响，我们从您所交的保险费中扣除了相关费用。因此，您在犹豫期后解除合同可能会遭受一定的损失。

解除合同后，您不再享有原有的保障。

投保范围

合同接受的被保险人投保年龄为 0 周岁(须出生满 28 日)至 55 周岁，且须符合投保当时我们的规定。

若您在被保险人 56 周岁至 100 周岁期间投保本产品的，需要满足如下情形之一，并经我们审核同意：

- (1) 非首次投保且在上一个保险期间届满后 60 日内续保或提出重新投保申请；
- (2) 您已投保指定的产品，并在我们指定的期限内首次投保本产品。

您可以同时为符合我们承保条件的家庭成员投保本产品，家庭成员仅指投保人本人、投保时与投保人具有合法婚姻关系的配偶、投保人的父母以及投保人的子女。

保险期间和续保

合同的保险期间为 1 年。

每 20 年为一个保证续保期间。保证续保期间内，每一保险期间届满之前，若我们未收到您不再继续投保的书面通知，则视作您申请续保，我们将按照以下约定续保合同：

在保证续保期间内每一保险期间届满时，我们按续保时被保险人的年龄所对应的费率收取保险费，续保后的保险合同生效。

每个保证续保期间届满时，您需要重新向我们申请投保本产品，并经我们审核同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

若保证续保期间届满时，本产品已停止销售，我们不再接受投保申请，但会向您提供投保其他保险产品的建议。

交费方式

合同的保险费需要您在投保时一次性交清。

若您同时为一名以上的家庭成员投保，针对一次投保时承保的家庭成员人数的不同，合同将适用不同的家庭费率因子（详见条款附录 3），即您需交纳的保险费将乘以对应的家庭费率因子。

保险费率调整

本产品保险费率的调整适用于所有被保险人，我们有权对不同组别的被保险人确定不同的费率调整幅度，分组方式根据您的年龄、性别和被保险人是否享有基本医疗保险确定。我们不会因单个被保险人身体状况的差异实行差异化费率调整政策。

1. 产品上市销售时间

本产品自 2025 年 9 月 8 日起正式上市销售。

2. 保险费率调整的触发条件

当满足以下任一条件时，我们有权对合同的保险费率进行调整：

- (1) 上一年度本产品赔付率 $\geq 85\%$;
- (2) 上一年度本产品赔付率 \geq 上一年度行业平均赔付率 - 10%;
- (3) 中华人民共和国基本医疗保险制度发生重大变化。

3. 保险费率调整的频度

我们首次费率调整时间不早于本产品正式上市销售之日起满三年且每次调整费率的间隔时间不少于 1 年。

4. 保险费率调整的上限

费率调整时，本产品不同费率组别会有相同或者不同的调整幅度，但单个费率组别每次费率调整的上限为 30%。

5. 保险费率调整流程和通知

我们会每年回顾本产品的既往赔付率，如果确定对本产品保险费率进行调整的，将在我们官方网站 (life.pingan.com) 的“公开信息披露”专栏“专项信息”项下的“长期医疗保险”子栏目中，对本产品的保险费率调整情况进行公示，说明费率调整的原因及调整结果，并以合同约定的方式通知您。在我们进行调整前，费率调整情况公示期不短于 30 日。

除合同另有约定或公示另有说明外，公示期满后，我们将对本产品保险费率进行调整。

6. 投保人的权利与义务

自费率调整之日起：

- (1) 首次投保或重新投保本产品的，您应当按调整后的费率交纳保险费；
- (2) 保证续保期间内续保的，自下一个保险期间开始之日起，您应当按调整后的费率交纳续期保险费，费率调整前已交纳的保险费不受影响。如果您不同意按调整后的费率交纳续

期保险费，可在当前保险期间结束前申请不再续保。

宽限期

在保证续保期间内每一保险期间届满时，如果您未支付下一个保险期间的保险费，则每一保险期间期满日的次日零时起 60 日为宽限期。

宽限期内发生的保险事故，我们仍会承担保险责任，但在给付保险金时会扣减您欠交的保险费。

除另有约定外，如果您宽限期结束之后仍未支付保险费，则我们自宽限期满的次日零时起不再承担保险责任。

明确说明与如实告知

订立合同时，我们应当向您说明合同的内容。对保险条款中免除我们责任的条款，我们在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起您注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向您作出明确说明，未作提示或者明确说明的，该条款不成为合同的内容。

订立合同时，我们就您和被保险人的有关情况提出询问，您应当如实告知。

如果您故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响我们决定是否同意承保或者提高保险费率的，我们有权解除合同。

如果您故意不履行如实告知义务，对于合同解除前发生的保险事故，我们不承担保险责任，并不退还保险费。

如果您因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，对于合同解除前发生的保险事故，我们不承担保险责任，但会向您退还保险费。

投保案例演示

王先生（35 周岁，拥有基本医疗保险）于 2025 年 9 月 8 日首次为自己投保平安 e 生保（惠享版）长期医疗保险（费率可调），免赔额为 1 万元，首次投保保险费 513 元。

本产品提供的保障举例如下：

保险金	领取人	给付金额	给付示例
-----	-----	------	------

一般医疗保险金	王先生	(合理且必要的属于保险责任范围内的医疗费用 151 万元-基本医疗保险费用补偿 50 万元-免赔额余额 1 万元) * 给付比例 100%=100 万元	假设：等待期后第一个保单年度内，王先生经医院确诊疾病必须住院医疗，住院期间发生合同约定的住院医疗费用 151 万元，同时王先生从基本医疗保险获得费用补偿 50 万元
---------	-----	---	--

重要提示：

1、平安 e 生保（惠享版）长期医疗保险（费率可调），简称 e 生保惠享。保障区域为中国内地。

2、保证续保期间内保险金总给付限额为 800 万元，一般医疗保险金给付限额为 200 万，保险期间内重大疾病医疗保险金给付限额为 200 万，为累计给付金额超过一般医疗保险金给付限额后给付；其他给付条件详见条款。

各项保险金给付比例为 100%，如投保时以拥有基本医疗保险或公费医疗身份投保，就诊时未从其中取得医疗费用补偿的给付比例为 60%；就诊时无法从其中取得医疗费用补偿的给付比例为 100%。

3、各项保险金的累计赔付金额达到其对应的限额时，该项保险责任终止。各项保险金给付金额之和达到约定的保险金总赔付限额时，合同终止。被保险人身故，合同效力终止，我们退还合同的现金价值；其他合同终止的情形详见保险条款。

4、本产品可同时为符合承保条件的家庭成员投保，家庭成员仅指投保人本人、投保时与投保人具有合法婚姻关系的配偶、投保人的父母以及投保人的子女。针对不同的家庭投保人数，将适用不同的家庭费率因子。

5、本产品保险医院范围为：经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级以上（含二级）的基本医疗保险定点的医院普通部（不包含医院的特需部、外宾部、干部病房、国际部、VIP 部等），不包括昂贵医院、疗养院、护理院、康复医院、戒酒或戒毒中心、精神心理治疗中心以及无相应医护人员或设备的二级或三级医院的联合医院或联合病房。

6、本资料所载内容仅供您理解保险条款所用，在某些情况下，我们不承担给付保险金的责任，具体保险责任、责任免除、合同解除及其他内容详见保险条款。

在不同的情景假设下，王先生之后各保单年度的保险费率举例如下：

保单周年日	保单年度	年龄	基准费率	当年调费幅度			当年应缴保费（单位：元）		
				情景一	情景二	情景三	情景一	情景二	情景三
2025-9-8	1	35	513	0%	0%	0%	513	513	513
2026-9-8	2	36	642	0%	0%	0%	642	642	642

2027-9-8	3	37	669	0%	0%	0%	669	669	669
2028-9-8	4	38	713	2%	2%	2%	727	727	727
2029-9-8	5	39	752	2%	2%	2%	782	782	782
2030-9-8	6	40	793	2%	10%	2%	842	908	842
2031-9-8	7	41	898	2%	2%	2%	972	1048	972
2032-9-8	8	42	908	2%	2%	30%	1003	1081	1278
2033-9-8	9	43	952	2%	2%	2%	1072	1156	1366
2034-9-8	10	44	985	2%	2%	2%	1131	1220	1442
2035-9-8	11	45	1043	2%	2%	2%	1222	1318	1558
2036-9-8	12	46	1275	2%	2%	2%	1524	1643	1942
2037-9-8	13	47	1389	2%	2%	2%	1693	1826	2158
2038-9-8	14	48	1501	2%	2%	2%	1866	2013	2379
2039-9-8	15	49	1627	2%	2%	2%	2063	2225	2630
2040-9-8	16	50	1747	2%	2%	2%	2260	2437	2880
2041-9-8	17	51	1957	2%	2%	2%	2582	2785	3291
2042-9-8	18	52	2074	2%	2%	2%	2791	3010	3558
2043-9-8	19	53	2200	2%	2%	2%	3020	3257	3849
2044-9-8	20	54	2327	2%	2%	2%	3258	3514	4153

本公司声明：上述投保举例仅为演示不同情景下的费率调整，不代表本公司对未来调整费率的预期，未来应缴的保险费是不确定的。特提醒您注意。

注：

1. 情景一：假设由于上一年度本产品的赔付率高于行业平均赔付率-10%，自第4年起开始费率每年上涨2%
2. 情景二：假设由于上一年度本产品的赔付率高于行业平均赔付率-10%，自第4年起费率每年上涨2%。第6年，由于上一年度本产品赔付率超过85%，该年度费率上涨10%。
3. 情景三：假设由于上一年度本产品的赔付率高于行业平均赔付率-10%，自第4年起费率每年上涨2%。第8年，由于基本医疗保险制度发生重大变化，该年度费率上涨30%。
4. 任何情景下，单次费率调整幅度不会超过30%。

本产品说明书所载资料供您理解保险条款所用，各项内容均以保险条款为准。

本产品说明书中背景突出的内容属于免除保险人责任的内容，加下划波浪线的内容为其他我们认为需要特别提示您注意的内容，请您重点关注；但具体保险责任免除、减轻及其他与您有重大利害关系的内容详见保险条款。

中国平安人寿保险股份有限公司

深圳市福田区益田路 5033 号平安金融中心 邮编 518033

全国统一总机 86 400 8866 338

全国服务热线 95511